

## Kurzscreening für Besucher von Wohn- und Pflegeeinrichtungen

**Einrichtung:** \_\_\_\_\_ **Bereich** \_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben zum Besuchskontakt

Vor- und Nachname	
Adresse	
Telefonnummer	
Besuchte*r Bewohner*in	
Besuch auf Zimmer-Nr.	
Datum / Uhrzeit / Dauer des Besuchs	

### Angaben zu Erkältungssymptomen (innerhalb der letzten 14 Tage)

	Ja	Nein
Fieber (über 37,5°)		
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden		
Husten		
Atemnot		
Geschmacks- oder Geruchsverlust		
Schnupfen, soweit nicht durch Vorerkrankungen erklärbar		

	Ja	Nein
Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer an Corona erkrankten Person gehabt?		

### Von der Einrichtung auszufüllen

	Ja	Nein
Einweisung in Hygienemaßnahmen ist erfolgt		
Besuch wurde gewährt		

Ich habe die Informationen zur Besuchsregelung zur Kenntnis genommen. Ich versichere, die geltenden Hygieneregeln zu beachten und anzuwenden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Besucher\*in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter\*in